UNIVERSITÉ PARIS - VAL DE MARNE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE CRÉTEIL

26

ANNÉE 1973

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT en MÉDECINE

(diplôme d'état)

PAR

Jacques ABITTAN

Né Le 25.2.38 à Casablanca MAROC

présentée et soutenue publiquement le:

TITRE COMPLET DE LA THÈSE:

essai de prise en charge d'alcooliques chroniques et de leurs conjointes

Président: Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 1973

THESE

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

Jacques ABITTAN né le 5.2.38
à Casablanca (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le :

TITRE COMPLET DE LA THESE : Essai de prise en charge d'alcooliques chroniques et de leurs conjointes.

Président : Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR André BOURGUIGNON

qui a bien voulu nous
faire l'honneur de
présider cette thèse

Qu'il trouve ici l'expression de notre
respectueuse gratitude

A Monsieur le Docteur Maurice EME

qui fut pour nous tout
au long de notre internat
et particulièrement au
Dispensaire d'Aubervilliers
un ami précieux

qu'il soit ici remercié

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548016_0017

A mes Maîtres dans l'EXTERNAT des Hôpitaux de Paris :

- Docteur MAZARS — Sainte Anne
- Docteur DELAY — Sainte Anne
- Docteur SOULAIRAC — Sainte Anne
- Docteur LEREBOULLET — Bicêtre

A mes Maîtres dans l'INTERNAT des Hôpitaux Psychiatriques de de la Seine :

- Docteur SAUCET — Maison Blanche
- Docteur SCHWEICH — Maison Blanche
- Docteur DELTEIL — Maison Blanche
- Docteur GAY — Maison Blanche

A Madame GUILLOT

sans qui nous n'aurions
pu réaliser ce travail

Nous la remercions ici pour
sa collaboration active

ESSAI DE PRISE EN CHARGE D'ALCOOLIQUES CHRONIQUES

ET DE LEUR CONJOINTE

PLAN

I. INTRODUCTION

II. MODALITES DE LA PRISE EN CHARGE

A. Participation de la conjointe

B. Prise en charge

- Définition : groupe de couples
- Organisation
- Déroulement des séances

III. CAS CLINIQUES

IV. CONCLUSION GENERALE ET ENSEIGNEMENT TIRE DE CETTE EXPERIENCE

V. BIBLIOGRAPHIE.

INTRODUCTION

Nous avons choisi de relater, comme sujet de cette thèse, une expérience personnelle que nous avons entreprise avec la collaboration de Madame GUILLOT, psychiatre, portant sur 22 cas de malades adressés au Dispensaire d'Hygiène Mentale d'Aubervilliers, et qui s'est déroulée sur une année (début en mai 1970).

Il s'agit de la prise en charge en ambulatoire, et, en ce qui nous concerne plus particulièrement, psychothérapique, de malades alcooliques présentant des troubles du caractère et du comportement, des difficultés d'insertion ou de réinsertion socio-professionnelle, soit isolés sur le plan social (1 cas), soit dans la plupart des cas, en proie à des conflits familiaux graves ou, plus précisement, se débattant dans une situation conjugale souvent inextricable, pour ne parler, pour certains de véritables couples pathologiques. C'est cette prise en charge, du couple par le groupe, qui nous semble être l'élément original de cette expérience.

Nous n'avons l'ambition, ni de tirer des conclusions précises sur la meilleure façon de traiter l'alcoolique chronique, ni d'apporter des éléments nouveaux sur la psychologie et la psychopathologie de celui-ci.

Notre but est d'exposer, d'une part, la manière dont nous avons essayé de concevoir cette prise en charge lorsqu'elle nous fut proposée, et, d'autre part, les vicissitudes que comporte une telle prise en charge.

Nous livrerons les fruits de cette réflexion aprés un an et les enseignements que nous pouvons en tirer.

MODALITES DE LA PRISE EN CHARGE

A - La PARTICIPATION DE LA CONJOINTE AU TRAITEMENT DE SON MARI ALCOOLIQUE.

Ceci nous est apparu comme étant un point essentiel.

En reprenant l'étude historique faite par DAISY de SAUGY, le rôle prépondérant de la femme dans le couple de l'alcoolique est une notion relativement récente. Déjà en 1920, LEGRAIN et MARIE avaient été frappés par l'absence de collaboration de la femme de l'alcoolique.
Les premières observations proviennent d'Assistantes Sociales des Etats-Unis qui constatent le masochisme et la frigidité des épouses d'alcooliques, ainsi que la tendance à dominer leur époux lui-même passif et peu viril.
Depuis un certain nombre de structures ont été décrites :
des traits de caractère hystéroïde (AMARCK, en Suéde), WHALLEN (en 1953) aux Etats-Unis, décrit 4 types de femmes d'alcooliques :

- la femme martyre masochiste,
- la femme autoritaire qui cherche un mari à dominer,
- la femme maternelle qui oscille entre l'amour et le rejet,
- la femme moralisatrice et punisseuse.

Nous mentionnerons rapidement 5 autres types :

- la femme exemplaire,
- la femme indécise,
- la femme complice et
- la femme qui rompt.

LEWIS, en 1954, indique le besoin de créer des relations de dépendance et décrit des relations sexuelles de type sado-masochiste.
FUTTERMAN, en 1953, attire pour la première fois l'attention sur le fait que certaines épouses d'alcooliques présentent des troubles psycho-affectifs au moment où leur mari renonce à boire.

Quelle que soit la diversité de tous ces types décrits, ces femmes chercheraient par le choix d'un partenaire dépendant à satisfaire d'importants besoins inconscients qui exigent aussi que l'alcoolisme de l'époux soit entretenu. C'est ce que confirmeront les difficultés dans notre expérience.

Par ailleurs, notre expérience antérieure nous avait montré qu'appréhender le malade isolément amenait dans la majeure partie des cas à une impasse, ceci d'autant plus que sur les 22 malades qui nous furent confiés, 21 avaient un foyer avec femme et enfants et presque dans tous les cas, nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, il existait des conflits souvent graves.

En outre, dans le cas de l'alcoolisme du mari, la femme se trouvait concernée d'un façon privilégiée, plus que dans n'importe quelle autre maladie mentale, ayant eu, elle et ses enfants, à en subir les conséquences d'une façon souvent bien catastrophique.

Notre premier geste fut donc la prise de contact avec l'épouse. Ceci nous fut souvent facilité par le service social qui, habitué à recevoir presque quotidiennement les doléances et demandes d'aide de certaines de ces femmes, put faire souvent la première démarche en ce sens et nous les adresser directement alors que le mari était encore hospitalisé, ou bien les inciter à accompagner celui-ci.

Cette participation de la femme ne fut pas sans soulever des difficultés, et, comme nous le verrons plus tard,

- si, dans certains cas (trés douteux, d'ailleurs, dans notre expérience) leur aide peut être bénéfique dans l'évolution du traitement,
- dans d'autres cas, soit le manque de persévérance, soit le refus d'un engagement personnel soit que l'amélioration du sujet en traitement ait été accompagnée d'une décompensation névrotique du partenaire,

qui furent à l'origine de l'interruption de la prise en charge,

venant confirmer ce qu'avait déjà remarqué BENSOUSSAN :

> "Dans un nombre important de cas d'alcooliques chroniques, il s'agit de "troubles du couple" dont l'analyse montre qu'ils ne sont que l'émergence symptomatique de perturbation profonde de la personnalité de l'alcoolique névrotique, nous ne devons pas nous borner à apporter à la conjointe des informations sur l'alcoolisme du mari, mais aussi l'aider à une objectivation des troubles du couple et de sa propre conduite.
> Il est de régle que cet effort critique ne soit pas accepté sans d'importantes résistances qui témoignent bien qu'il ne s'agisse pas seulement de problèmes réactionnels mais également de la réactivation chez la partenaire, de conflits névrotiques anciens mal liquidés".

B - SOUS QUELLE FORME AVONS-NOUS ESSAYE D'ASSURER LA PRISE EN CHARGE.

Il existe d'autres expériences de groupe , soit groupes d'éthyliques du même sexe, soit groupes mixtes. Il a même été tenté, par les Alcooliques Anonymes, des groupes d'enfants de parents alcooliques. GLIEDMAN et ses collaborateurs en 1956 ont pris en psychothérapie de groupe des alcooliques et leurs femmes, mais en groupes séparés. Nous avons essayé de réaliser des groupes composés de couples où le mari était éthylique.

Il nous avait en effet semblé que le groupe pouvait représenter un abord psychothérapique plus accessible pour certains qu'une relation duelle d'emblée.

a) Organisation du groupe :

Nous avons commencé par organiser un seul groupe de malades.

- Il se réunissait une fois par semaine,
- le soir, après la sortie du travail,
- la durée en était non limitée, quelquefois brève, quelquefois se prolongeant plus de deux heures.

.../...

Nous nous sommes demandés, après coup, s'il n'aurait pas mieux valu fixer une certaine durée au départ.

. Le nombre des participants fut limité à 8 personnes. L'effectif réel s'avéra être, par la suite, souvent inférieur à ce nombre.

. Le groupe fut constitué de couples "malades-conjointe" chaque fois que ce fut possible, sinon, soit du malade seul, soit de la femme seule lorsque les conjoints respectifs se trouvaient dans l'impossibilité de venir.

. Etait présent un couple de thérapeutes, mixte, Madame GUILLOT et moi-même.

b) Comment se déroulaient ces séances de groupe :

. sous forme de discussions libres,

. les thèmes les plus fréquemment abordés furent :

- d'une part, les considérations générales sur l'intoxication éthylique en général, l'ESPERAL, l'hérédité de l'alcoolisme, et surtout, la cure de désintoxication de l'hôpital psychiatrique, toujours mal vécue,

- d'autre part, les réactions d'angoisse déclanchées par le retour du mari ivre aboutissant au fameux "coup de téléphone à la police".

. En ce qui concerne notre attitude, nous avons pensé que, devant un couple de thérapeutes adoptant, à-priori, une attitude non directive, permissive, banissant tout ce qui pouvait rappeler "l'interdiction", la "répression", les participants auraient pu s'entretenir librement entre eux et avec nous, des sujets qui leur tenaient particulièrement à coeur, et ce, dans un climat de détente et de confiance (qui n'existait pas toujours d'emblée).

.../..

Mais en dehors de la question posée par cette attitude permissive, que nous critiquerons plus loin, il nous est apparu par la suite qu'elle ne l'était, finalement, qu'en dehors des questions médicales ou celles qui nous semblaient être de digression.

Avant de terminer ce chapitre, précisons que la prise en charge psychothérapique fut toujours complétée par une prise en charge médicamenteuse et sociale.

Nos malades continuèrent à être suivis d'une manière plus ou moins espacée suivant les cas, par le médecin consultant qui les avait reçus lors de leur premier contact avec le dispensaire, et qui, souvent, avait été le premier à leur proposer une prise en charge régulière.

L'aide médicamenteuse fut souvent indispensable,
- dans les périodes de "crise" avec rechute imminente,
- dans les cas de sevrage.

Nous eûmes également de nombreux contacts avec le Service social, auquel nous avions recours pour des problèmes de reprise de travail, de chômage...

Ce fut, en somme, un travail d'étroite collaboration des membres de l'équipe qui avait pris le malade en charge, les décisions, les difficultés étant discutées en commun, au cours de réunions de synthèse.

Nous voyons qu'il est nécessaire de souligner ici combien les approches et le traitement de ce type de malade doivent être globaux.

C - EVOLUTION DU GROUPE.

Malheureusement, vers une dissociation à plus ou moins brève échéance.

A quoi attribuer ce résultat, évidemment, de subtiles raisons ont pu nous échapper, c'est même probable ; quoiqu'il en soit, 2 ordres de faits nous sont apparus nettement, résidant

1° dans la difficulté de la constitution même du groupe

La "peur du groupe" chez certains malades -refus d'emblée d'une telle forme de prise en charge.

CAS DE MR GUI... 42 ans :

Alcoolique chronique détérioré, dépressif, à préoccupations hypochondriaques, sans emploi dont la femme nous dira, au cours du premier entretien que nous avons avec elle, "que son mari avait été trés effrayé lorsque le Dr. E. (médecin consultant) lui avait parlé de "traitement en groupe", et qu'il avait refusé de l'accompagner au premier entretien". D'ailleurs, ajoute-t-elle, mon mari reste à la maison, il ne parle pas, il a trés peur des gens.

CAS DE MR TOU... Ali, 47 ans :

Algérien, en France depuis longtemps sans problème de langue mais trés isolé socialement, sans famille, sans amis.

Ethylisme occupationnel de longue date.

Retrouve devant le groupe sa peur de la communication avec autrui.

CAS DE MR BUD... Alexandre, 44 ans :

Employé de la R.A.T.P.

Alcoolique stabilisé par l'Espéral. Nous déclare sa répugnance à parler de ses problèmes en public et que de toute façon il aurait trop peur de rencontrer une personne de connaissance et que cela se sache à la R.A.T.P (!)

2° Dans la quasi impossibilité de constituer un noyau stable du groupe

. soit à cause de la défection plus ou moins rapide des "réticents" au départ.

. soit à cause de l'absentéisme inévitable, même de la part de ceux qui avaient accepté le groupe et dont les motivations semblaient réelles.

. obligations professionnelles pour les hommes.

CAS DE MR CHE... Ahmed, 37 ans :

Qui travaillait une semaine sur deux en équipe du soir, qui fut l'un des plus assidus, mais dont l'absentéisme régulier perturbait néanmoins la dynamique du groupe.

. Obligations familiales, et garde des enfants pour les femmes.

. L'horaire tardif, s'il convenait pour les hommes, était évidemment beaucoup plus gênant pour leurs épouses.

3° Ce qui nous à amené à abandonner peu à peu le mode de prise en charge (et peut-être un peu trop vite, nous y reviendrons).

A/ Des raisons personnelles sont sûrement intervenues : frustrations

d'être les leaders d'un groupe qui ne marche pas trés bien, sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'équipe.

B/ Des raisons plus objectives concernant les réactions des malades eux-mêmes vis-à-vis de ce groupe toujours incomplet. En effet, chez des malades qui avaient été, au départ, motivés par ce type de prise en charge et qui se retrouvaient seuls face au couple de thérapeutes, nous avons pu constater :

* Des réactions de frustration :
"je croyais trouver des gens qui ont les mêmes problèmes que moi et je me retrouve seul, ce n'est pas la peine que je revienne".

* Des réactions d'agressivité masquant une anxiété intense :
"c'est un piège, vous êtes deux contre moi.
Qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? Qu'est-ce que vous voulez me faire dire ?".

Situation fausse et fort gênante pour la suite de notre relation avec le malade.

Ainsi, comme, de toute façon, nous aboutissons, par la désagrégation même du groupe, à des prises en charge, soit en entretiens individuels avec le malade, ou avec sa conjointe, nous nous sommes résolus à ne conserver que ce mode de prise en charge.

C/ Absentéisme :

Evidemment, nous n'éviterons jamais l'absentéisme, c'est là le problème de tous les groupes. Mais nous pouvons essayer de former un noyau plus stable du groupe, peût-être en acceptant dès le départ un plus grand nombre de participants mais en les choisissant mieux.

L'expérience nous a montré qu'il était beaucoup trop angoissant pour certains malades de les "balancer" d'emblée dans un groupe et qu'il était nécessaire de les y préparer ; certains autres avaient des problèmes personnels trop aigus et trop urgents pour être abordés en groupe, ce qui ne pouvait se faire qu'au détriment des autres malades, et demandaient une prise en charge individuelle, ce qui ne signifie pas que ces malades ne puissent bénéficier d'une thérapie de groupe de façon secondaire.

En fait, nous sommes convaincus que, suivant les cas, il faut pouvoir être prêts à répondre selon de multiples schémas :

1) l'individu en groupe
2) l'individu seul
3) l'individu avec son conjoint
4) et dans certains cas, l'individu dans son groupe familial même.

En pratique, bien souvent, se produit l'intrication de tous ces modes, et c'est ce que la suite de notre expérience nous a montré pour les malades qui purent être suivis durant une période suffisamment longue.

ETUDE CLINIQUE DES CAS OBSERVES PENDANT UNE ANNEE

En l'espace d'un an, il nous fut proposé 22 malades.

Nous fûmes en rapport avec les conjointes de 17 d'entre eux.

Pour les 6 autres :

- 1 était célibataire
- les 5 autres ne répondirent pas à la proposition de prise en charge qui leur fut proposée.

A - QUELLE FUT L'ORIGINE DU SIGNALEMENT DE CES MALADES AU DISPENSAIRE

- Certains signalements étaient anciens (10 ans) concernant des malades bien connus du dispensaire, multirécidivistes, ayant à leur actif plusieurs séjours en hôpital psychiatrique.
- D'autres étaient récents et nous furent adressés tout de suite aprés leur 1er contact avec le dispensaire.

L'origine des signalements se répartit comme suit :

. Post-cure dès la sortie de l'hôpital.
le plus fréquent : 9 cas

. Signalés par la conjointe :
4 cas

. Adressés par le médecin traitant (d'ailleurs sur l'instigation de la conjointe)
2 cas

. Signalés par la Préfecture de Police pour scènes de violence vis-à-vis de la famille, des voisins...
2 cas

. Signalements ALCOOLIQUES DANGEREUX
1 cas

. Malade venu de lui-même
1 cas

B - DUREE ET EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE

- Certains ne se sont jamais présentés au 1er entretien
2 cas

- se sont présentés au 1er entretien et en sont restés là

8 cas

- se sont présentés au 1er entretien, ont commencé le traitement, mais l'ont interrompu trés rapidement (moins d'un mois)

4 cas

- la prise en charge s'est déroulée sur plusieurs semaines à plusieurs mois

6 cas

- la prise en charge a commencé il y a un an et se poursuit

2 cas

Précisons : prise en charge régulière

1 cas

Prise en charge irrégulière avec périodes plus ou moins longues d'interruption, mais contact toujours gardé avec le malade ou avec sa conjointe

1 cas

C - Maintenant, essayons de voir si nous pouvons dégager l'existence d'interrelations entre l'échec ou le semi-échec de la prise en charge, sa réussite ou du moins sa continuité, avec l'origine du signalement, mais surtout avec la manière dont fut exprimée la demande d'aide et le rôle joué par la conjointe.

a) Cas qui paraissaient d'un bon pronostic au départ :

OBSERVATION DE MR. JA...Michel, 29 ans :

Chaudronnier, marié depuis peu, un enfant.

Absence d'antécedents psychiatriques, en particulier de cure de désintoxication en hôpital psychiatrique.

. La demande vient directement de Mr. JA... qui accomplit la 1ere démarche de son propre chef. Il va prendre lui-même le rendez-

vous au dispensaire. En dehors de toute pression, de toute sollicitation extérieure en particulier de sa famille et de sa femme.

. Il reconnaît avoir commis des excès éthyliques massifs, qu'il a cessés d'ailleurs depuis quelques semaines quand nous le voyons, tout en continuant à absorber des boissons alcoolisées "en quantité normale". Il nous demande de l'aider à se maintenir dans cette voie.

Il n'existe pas encore de conflits conjugaux. Sa femme nous apparaît comme étant une personnalité douce, passive, "spectatrice impuissante" des conflits de son mari. Elle ne demande qu'à l'aider dans son entreprise.

. Nous lui proposons des entretiens réguliers.

. Ils viendront durant 3 semaines. Au cours du 3ème entretien qui fut le dernier, Mr. JAN... nous fait part, avec une grande anxiété, d'une confrontation prochaine avec son père qu'il n'a pas vu depuis un an. (Son éthylisme semblait s'inscrire dans une relation conflictuelle avec le père datant de l'enfance mais notre propos n'est pas ici d'approfondir cet aspect de la question).

. Nous ne les avons pas revus et plusieurs lettres demeurèrent sans réponse. Nous n'avons eu aucune nouvelle depuis.

OBSERVATION DE MR. LEB... 38 ans.

Chauffeur, marié, 3 enfants.

Absence d'antécedents psychiatriques en particulier de cure de désintoxication en hôpital psychiatrique.

.Il est adressé par son médecin qui le présente comme très désireux d'être aidé.

. Nous le voyons à un 1er entretien, accompagné de sa femme (Mars 1970).

Le couple semble, en effet, très demandeur. Ils acceptent presque avec reconnaissance tout ce que nous leur proposons, en l'occurence une thérapie de groupe.

Mme LEB... devant accompagner son mari.

. Ils ne sont pas venus au rendez-vous fixé, pour la première réunion.

Coup de téléphone de Mme LEB... au service social pour s'excuser et demander un nouveau rendez-vous pour elle et pour son mari auquel ils ne sont pas davantage venus. Plusieurs lettres restèrent sans réponse. Nous n'avons eu aucune nouvelle depuis.

L'observation suivante réunit moins de facteurs favorables que les précédentes mais la proposition de prise en charge avait été tellement bien accueillie que nous pouvions, à-priori, envisager une bonne évolution.

OBSERBATION DE MR. BEC... 43 ans.

Employé, marié, 3 enfants.

. Etylisme chronique. Troubles caractériels et du comportement ayant entraînés plusieurs séjours en hôpital psychiatrique.

Il nous est proposé en post-cure à la sortie de son dernier séjour.

. Nous le voyons à un 1er entretien accompagné de sa femme (octobre 1970). Mr. BEC... se présente comme un homme de contact facile, voire volubile et exhubérant. Très conscient de ses difficultés et de ses échecs.

. Exprime son désir profond "de se soigner", pour sa femme et ses enfants qu'il n'a pas rendus heureux et auxquels il semble fort attaché.

. Nous lui proposons une thérapie de groupe qu'il accepte avec enthousiasme -trés intéressé par ce type de prise en charge.

. Mme BEC... bien que blasée, accepte de participer au groupe "en femme de devoir, décidée à essayer encore quelque chose".

. Mr BEC... et Mme viendront à la première réunion. Mr.BEC... se montre le leader. Il part trés satisfait en renouvelant son enthousiasme et sa coopération.

. Nous ne les avons pas revus aux séances suivantes. Plusieurs lettres demeurent sans réponses.

. En avril 1971, nous apprenons une nouvelle hospitalisation de Mr. BEC... il vient de sortir.

Nous ne pouvons pas tirer de conclusions sur l'échec de la prise en charge devant les 3 observations.

- Dans les 3 cas, il existait une motivation certaine de la part des intéressés.
- Le contexte socio-professionnel et familial n'était pas encore détérioré (du moins dans les 2 ler cas).
- il semblerait bien de surcroît que la collaboration des conjointes nous était acquise.

b) cas signalés par la conjointe

Ici, c'est la femme bien connue du service social qu'elle accable de ses plaintes, qui demande et accepte la prise en charge, au nom de son mari , va prendre le rendez-vous à sa place et enfin nous "l'amène".

Soit que le mari "subisse" et accepte implicitement les démarches de sa femme, voulant bien essayer "de se soigner", "de faire un effort", mais à condition que sa femme "y mette du sien". C'est bien naturel, puisqu'il rejette toute la responsabilité de ses difficultés sur celle-ci. Si la femme demissionne ou refuse "d'y mettre du sien", le mari démissionne ou refuse de "faire l'effort", incapable de s'engager seul et personnellement.

OBSERVATION DE MR. GAU... Jacques 34 ans.

Chauffeur-livreur, marié, 4 enfants.

Absence d'antécedents psychiatriques en particulier de cure de désintoxication en hôpital psychiatrique.

. Ethylisme occasionnel aggravé par le désoeuvrement dû à un accident du travail (1969) pour lequel il est toujours en arrêt.

. Mme GAU... se charge de toutes les démarches.

. Mme GAU... nous amène son mari à un 1er entretien (février 1971). Mr. GAU... déclare avoir ignoré la démarche de sa femme et s'en montre surpris et irrité. Néanmoins, "comme le rendez-vous était pris, il s'est cru obligé d'y venir".

D'après lui, le motif des plaintes de sa femme, c'est-à-dire l'éthylisme est exagéré et ne justifie pas une prise en charge à ce niveau, bien qu'il ne nie pas l'existence d'excès occasionnels.

Par contre, il est parfaitement conscient des conflits qui les opposent sa femme et lui et de la dégradation progressive de son foyer.

Le sens de sa démarche est nette : les aider, sa femme et lui à débrouiller et à comprendre "ce qui ne va pas".

Quant à Mme GAU... elle ne semble pas du tout d'accord, ce n'est pas ce qu'elle attend et c'est avec une grande réticence qu'elle accepte la thérapie de couple que nous leur proposons.

Il va sans dire, que nous ne les avons pas revus. Quelques temps aprés, nous est parvenue une lettre de Mme GAU... nous informant que son mari refusait la prise en charge (lui ou elle ?) Nous n'avons eu aucune nouvelle depuis.

OBSERVATION DE MR RI... 36ans.

Manoeuvre-manutentionnaire -instabilité professionnelle-.
Marié, 5 enfants.

. Ethylisme chronique de longue date. Nombreux séjours en hôpital psychiatrique.

. Conflits conjugaux graves qui semblent avoir toujours existés.

. Le premier signalement qui remonte à 1963 est un signale-

ment de post-cure mais depuis que nous sommes au dispensaire ainsi que les autres membres de l'équipe, nous connaissons tous Mme R.... pour avoir été les témoins de ses sempiternelles imprécations contre le mari alcoolique, de ses crises de larmes, des appels au secours "il faut que vous fassiez quelque chose" de ses manaces "je vais partir, je vais demander le divorce, je vais le mettre à la porte... je vais aller trouver les flics etc...".

. Le couple R... nous est proposé en mars 1970.

Nous ne voyons d'abord que Mme R..., soit en réunion de groupe soit en entretien individuel.

Elle vient de façon trés irrégulière mais revient toujours ne pouvant, semble-t-il, se passer d'un auditoire pour raconter ses malheurs. La relation que nous établissons avec elle, à ce moment ne peut jamais dépasser le stade de l'écoute ; Mme R... se présente comme une personnalité frustre, hystérique, trés enfantile, volubile, sujette à des crises d'excitation (peut-être pas sans rapport avec un éthylisme modéré mais jamais avoué).

Une tentative de prise en charge personnelle sur le plan médicamenteux échoue. Elle ne voulut jamais prendre ses médicaments.

Nous voyons Mr. R... pour la première fois en visite à domicile.

Il n'est pas opposé à être pris en charge régulièrement mais à condition que sa femme le soit aussi car il la trouve "beaucoup trop nerveuse".

Evidemment, ils ne viendront pas au rendez-vous fixé.

Mr. R... est quelque temps aprés à nouveau hospitalisé (juin-juillet 1970) Mme R... garde le contact avec le dispensaire, toujours sur le même mode.

. Nous les retrouvons en octobre 1970. Mme R... est enceinte de son 6ème enfant.

. Nous pouvons avoir par la suite, plusieurs entretiens avec Mr. R...

Beaucoup plus intelligent que sa femme, c'est une personnalité faible, passive. Il accuse sa femme d'infidélité, de prodigalité et autres méfaits, sans jamais avoir été, semble-t-il, capable d'intervenir.

Il supporte fort mal le caractère irrascible de celle-ci, ses scènes, ses actes de violence, décrit son foyer comme un enfer. Il serait d'ailleurs parti depuis longtemps s'il n'y avait eu les enfants. "Dans ces conditions, comment voulez-vous que je puisse m'en tirer".

N'envisage pas d'autres solutions que la fuite dans de petites fugues "arrosées".

Que dire de cette longue observation ?

D'un côté le mari "qui ne demanderait pas mieux que de s'en sortir" lié à une vie conjugale pas très drôle n'osant pas rompre par faiblesse, par attachement pour les enfants... On ne sait trop.

De l'autre côté, la femme à la fois rejetante et jalouse, se refusant àbsolument à voir le fond du problème.

Deux êtres qui s'enferment dans le cercle vicieux du couple pathologique.

Il est vrai que notre intervention a été timide et que nous avons prêté à Mme R... une oreille sûrement trop complaisante et que nous nous sommes laissés manipuler. Il faut ajouter, pour notre défense, que la situation sociale et financière de ce couple, parents de 6 enfants, est tellement précaire que nous désirons à tout prix ne pas rompre le contact, bien que ce que nous connaissons actuellement de la personnalité de Mme R... nous rassure sur ce point.

Voyons, maintenant, toujours sous cette rubrique, "signalement par la conjointe" le cas où le mari n'est pas d'accord avec les démarches de sa femme.

"Lui, il ne demande rien à personne, il s'est toujours débrouillé tout seul" ou bien il nie tout motif de prise en charge.

Il viendra ou il ne viendra pas au rendez-vous pris par sa conjointe.

OBSERVATION DE MR. BOU... 40 ans.

Emplois multiples ; le dernier : gardien de square.

Marié, 2 enfants.

Dans les antécedents, une cure de désintoxication en hôpital psychiatrique.

. Nouvellement arrivés sur le secteur de la courneuve.

. Mme BOU... vient réclamer une demande soins pour son mari. Nous les voyons ensemble à un 1er entretien.

Mr et Mme BOU... font preuve d'une violente agressivité vis-à-vis de l'un de l'autre. Mr. BOU... semble trés mal vivre la demande de sa femme, à laquelle il oppose un refus absolu. "Personne ne m"empêchera de boire, si j'en ai envie, d'ailleurs, tout est de ta faute.".

Espérant établir un meilleur contact avec lui en dehors de la présence agressive de sa femme, nous le reconvoquerons pour un entretien individuel ; il nous répondra en nous demandant carrément de lui "ficher la paix".

Quant à Mme BOU..., trés malheureuse, elle nous demande un soutien pour elle-même, ne désespérant pas de pouvoir ramener son mari.

Elle ne s'est pas présentée au rendez-vous fixé. Nous n'avons eu aucune nouvelle d'eux depuis.

OBSERVATION DE MR. LEM... 32 ans.

Artisan peintre

Marié, 4 enfants.

. Ethylisme chronique, troubles du caractère et du comportement ayant entraîné plusieurs séjours en hôpital psychiatrique.

. Il existe de gros conflits familiaux.

Nous le voyons pour la première fois en mars 1970.

- Mauvaise foi, réticence, méfiance, agressivité contre tout l'appareil médical.

- Masque son refus derrière des obligations professionnelles.

- Il nous est proposé pour un nouvel essai, aprés deux rechutes suivies d'hospitalisations.

Entre temps, Mme LEM... vient fréquemment demander de l'aide. Elle m'est adressée.

Au cours de quelques entretiens que j'ai avec elle, j'ai nettement l'impression qu'elle ne trouve pas auprés de moi ce qu'elle vient chercher et que là encore, elle consent à "nous apporter son mari pour qu'on le soigne", sans désirer vraiment s'engager davantage.

La suite de nos rapports rapports semble me donner raison. Lors des prochains entretiens que nous avons convenu d'avoir ensemble, soit qu'elle se décommande au dernier moment, soit qu'elle redemande un nouveau rendez-vous auquel elle "oublie de venir", soit qu'elle vienne à un moment où il est impossible que je la recoive, soit même qu'elle vienne à un rendez-vous fixé mais qu'elle n'attende pas.

Elle ne pouvait m'exprimer plus clairement tout en se donnant bonne conscience, son désir de ne plus me voir.

Je revois Mme LEM... en compagnie de son mari, à la sortie de celui-ci.

Après une attitude agressive, il y a revirement de la part de Mr. LEM... qui accepte notre aide. Mme LEM... n'est presque pas intervenue dans l'entretien et semble réticente.

Bien qu'un rendez-vous soit fixé, sur la demande de Mr. LEM... nous ne les avons pas revus. Nous n'avons pas eu non plus de nouvelles de Mr. LEM... mais nous avons su par personne interposée que mon attitude, pourtant bien neutre, avait été interprétée "comme donnant raison à son mari contre elle". Il va sans dire que Mme LEM... avait jugé trop dangereux pour son équilibre, pour ses principes bien établis, de s'engager dans une telle entreprise.

OBSERVATION DE MR. TOU... 36 ans.

Travaille aux abattoirs de la Villette.

Marié, 10 enfants dont 3 sont à la femme qui était fille-mère lorsqu'il l'épousa.

. Passé alcoolique chronique de longue date ayant nécessité de nombreuses hospitalisations en hôpital psychiatrique.

. Il existe de gros conflits familiaux.

. Signalement pour post-cure déjà ancien ; il nous est adressé en octobre 70 sur la demande répétée de sa conjointe.

Nous le voyons seul à un 1er entretien.

Il nie tout excès éthylique actuel et refuse toute prise en charge à ce niveau.

Reconnaît et exprime l'existence de gros conflits conjugaux qu'il rend responsables de tous ses ennuis.

Nous lui proposons de venir "faire le point" avec sa femme, au cours d'une réunion de groupe.

Il semble satisfait "ça va faire des étincelles ! vous verrez comme elle est mauvaise !".

Nous ne les verrons ni l'un ni l'autre.

Nouvelle plainte de Mme TOU... contre son mari qui rentre ivre tous les soirs.

Nous lui demandons de participer à une thérapie de groupe le plus régulièrement possible, avec son mari ou sans lui en cas de refus.

Nous ne l'avons pas revue.

Quelques temps temps aprés nous apprenons une nouvelle hospitalisation de Mr. TOU... (février-juin 1971).

Il se dégage de ces observations une attitude bien particulière de ces femmes.

En somme, qu'entendent-elles lorsqu'elles viennent nous demander de l'aide sinon trouver une oreille attentive et compatissante au récit de leurs malheurs.

Elles demandent qu'on les plaigne, qu'on les approuve lorsqu' elles n'ont pas tout à fait bonne conscience, excluant toute autre forme de dialogue auquel cas nous risquons de ne jamais plus les revoir.

Elles se posent en général en "femmes exemplaires irréprochables"."J'ai toujours fait ce que j'ai pu, on ne peut rien me reprocher!"

En résumé :

Dans cette catégorie de malades, la demande d'aide ne vient pas directement de l'intéressé, mais est réclamée souvent de manière impérative par la conjointe et dans un sens bien précis.

Elle nous "apporte son mari" à nous de nous en débrouiller, voire en l'hospitalisant. Quant à elle

- ou bien elle "quitte la scène" et "disparait dans les coulisses" considérant que son rôle est terminé. L'effort qu'on lui demande de faire ne se justifiant pas à ses yeux.

- ou bien elle est tout disposée à "participer" mais surtout en restant à distance,

. soit par peur de s'engager dans une remise en question personnelle, (c'est sans doute le cas de Mme LEM...)

. soit trop rigide ou trop frustre et sûre de son bon droit, elle nie toute implication possible de sa part dans les difficultés de son mari et les conflits qui l'opposent à lui (cas de Mme RI...).

Il est évident, que la prise en charge de tels malades si peu motivés et de leur conjointe, ne peut être nouée bien longtemps, ce que l'expérience a prouvé.

A l'exception du couple R... avec qui nous sommes toujours en rapport aprés plus d'un an (de manière bien intermittente il est vrai), Il semble que depuis sa dernière hospitalisation, Mr. R... est entré dans une période de certaine stabilisation ; les ingestions de boissons alcoolisées semblent s'être modérées, il n'existe plus de troubles aigus du comportement.

Il travaille, bien que changeant trés souvent de place.

Avant de passer à un autre style de relation malade-conjointe, il nous semble intéressant de ralter encore l'observation suivante qui

illustre tout ce que nous venons de dire et montre le rôle de l'épouse:

OBSERVATION DE Monsieur BUD... 45 ANS :

- employé de la R.A.T.P.
- marié - 1 enfant
- signalé par sa femme en 1966 à la suite de scènes de violance.
- désintoxication en clinique, il prend depuis 4 ans de l'ESPERAL ; suivi régulièrement au Dispensaire ; il ne s'est pas produit de rechute.

Il nous est proposé pour une prise en charge psychothérapique en temps que relais d'une cure d'ESPERAL, Monsieur BUD... ayant manifesté à maintes reprises son désir d'interrompre celle-ci.

Lorsque nous voyons Monsieur BUD..., il nous demande en fait "d'ordonner à sa femme de ne plus lui donner d'ESPERAL". C'est en effet, Madame BUD... qui, depuis 4 ans, assure avec zèle et rigueur, la conduite du traitement de son mari. En gendarme vigilant, elle donne quotidiennement à son mari le 1/2 comprimé d'ESPERAL rituel que celui-ci absorbe docilement.

Par ailleurs, Monsieur BUD ... ne semble pas très bien comprendre l'utilité de substituer au médicament un autre type de prise en charge. Il refuse d'ailleurs la thérapie de groupe que nous lui proposons, mais accepte de venir avec sa femme "pour discuter de ce problème d'ESPERAL".

Nous voyons Monsieur et Madame BUD... quelques temps après. Madame BUD.. logorrheique et agressive nous accuse de "vouloir démolir tout ce qu'elle avait fait depuis 4 ans".

Elle oppose un refus formel à une interruption éventuelle de l'ESPERAL.

"Mon mari ne peut guérir, c'est un faible, heureusement que je suis là pour lutter". "Je lutte pour deux".

.../...

.../...

Elle a trouvé dans l'ESPERAL un moyen et une fin. Après tout pourquoi changer ? D'autant plus que Monsieur BUD ... malgrè ses dénégations, semble subir cette situation de dépendance avec beaucoup de passivité.

Le couple a trouvé un certain équilibre et il nous a semblé qu'il serait préférable de ne pas intervenir et de conclure avec Madame BUD.. "la meilleure solution, c'est de continuer comme ça !" Et, effectivement, "ça continue". Monsieur BUD.. vient régulièrement faire renouveler son ordonnance d'ESPERAL !

C) Voyons maintenant avec les prochaines observations, la prise en charge d'un autre type de malade où, là encore, la conjointe joue un rôle prépondérant, mais assez différent.

Il s'agit, contrairement aux précédents, de sujets motivés pour entreprendre et assurer un traitement de longue durée.

Certes, ils ne sont pas venus spontanément d'eux-même comme dans le premier cas, ce sont en général des malades déjà anciens, bien installés dans leur maladie, dans leur statut d'alcooliques chroniques.

Mais c'est sans doute la première fois "qu'on leur propose de s'occuper vraiment d'eux", qu'ils ne se trouvent pas devant une mise en accusation, qu'ils trouvent chez autrui non pas la répression, mais la bienveillance, que non seulement on leur permette, mais qu'on leur demande de s'exprimer librement.

En somme, "ils saisissent la perche qu'on leur tend" et expriment leur désir de "s'en sortir". Quant aux conjointes, elles sont beaucoup plus discrètes que les précédentes, sceptiques et blasées, elles n'hésitent néanmoins pas à nous assurer de leur collaboration malgré leurs occupations familiales et professionnelles.

Effectivement, "elles viennent" mais, au fur et à mesure

.../...

.../...

de l'évolution du traitement, l'ambivalence de leur comportement voire leur hostilité, s'avère finalement, être un obstacle.

La meilleure observation dans ce genre est celle de Monsieur FOU... Jean 47 ans.

- comptable,
- marié - 6 enfants,
- signalé en 1959 pour violences, en état d'ébriété envers sa famille,
- plusieurs séjours en hôpital psychiatrique, dont les trois derniers très rapprochés (1968, 69, 70).
- antécédents somatiques nombreux et variés.

Quand Monsieur FOU ... nous est adressé, il sort de l'hôpital (Juin 1970).

Il présente une déchéance profonde :

- sur le plan physique (tant due à ses antécédents somatiques qu'à une intoxication éthylique massive),

- sur le plan socio-professionnel, il ne travaille plus depuis plusieurs années ; au sein de son foyer, il a perdu sa place de Père de chef de famille.

Monsieur FOU... accepte la thérapie de groupe que nous lui proposons. Madame FOU .. qui se présente comme le type parfait de la bonne épouse et de la bonne mère, compréhensive et indulgente accompagnera son mari.

Ils viennent en effet régulièrement. Nous les retrouvons en septembre, fidèles au rendez-vous.

Monsieur FOU .. qui revient de vacandes est dans une bien meilleure forme physique. Il prend de l'ESPERAL pour être plus sûr mais n'éprouve plus l'envie de boire.

Madame FOU .. par contre, revient **très** déprimée ; elle nous fait part "de s'être mise dans l'idée que son mari allait rechuter"

.../...

.../...

et l'accable de ses soupçons et de sa surveillance. "bien que rien ajoute-t-elle, ne puisse justifier ces craintes".

Dans les mois qui suivent, nous continuons à voir très régulièrement Monsieur FOU.. , soit avec sa femme, soit en entretien individuel ; c'est au cours de l'un d'eux qu'il nous confie les conflits qui l'opposent à son épouse.

Il dépeint Madame FOU... come une femme très autoritaire, qui non seulement ne l'aide pas, mais le rabaisse, ne lui fait aucune confiance et exerce sur lui une surveillance constante.

Il nous avoue les difficultés qu'il éprouve à reprendre son rôle de père auprès de ses six enfants, rôle dont Madame FOU.. semble vouloir garder le privilège.

Les difficultés du couple persistent, semblent même s'accroître au fur et à mesure que Monsieur FOU.. s'affirme dans son travail et retrouve une certaine indépendance pécuniaire qu'il n'avait plus depuis longtemps.

Les difficultés sont à leur comble lorsque Monsieur FOU... décide d'arrêter l'ESPERAL et prend la liberté d'aller au bistrot boire "un pot" à la sortie de son travail. Il touche à nouveau aux boissons alcoolisées dont il contrôle la quantité (jusqu'à présent) Madame FOU... est cependant une femme intelligente, ayant une vie très active, tant professionnelle que sociale, tout en menant tambour battant sa maison et ses six enfants ... et son mari.

Elle ne se posa jamais en femme exemplaire, fit souvent son autocritique ; au cours d'un des entretien que j'eus avec elle, elle déclare avoir conscience de son caractère autoritaire et dominateur et en parlant de son mari "je l'écrase" dit-elle.

Elle avoue préférer "comme c'était avant, lorsque son mari buvait".

.../...

..

En conclusion, il est certain qu'au bout d'un an, l'évolution du cas de Monsieur FOU ... est positive, mais demeure bien incertaine.

Les conflits familiaux apparaissent au premier plan et ne peuvent se résoudre - à motre point de vue - que par une psychothérapie individuelle de Monsieur et Madame FOU ...

Nous serons beaucoup plus brefs sur la deuxième observation qui est surement d'un moins bon pronostic.

OBSERVATION DE Monsieur BRE ... Pierre - 38 ans :

- employé,
- marié - 2 enfants,
- éthylisme et troubles du comportement ayant entraîné plusieurs séjours en hôpital psychiatrique;
- il nous est proposé pour une thérapie de groupe en postcure (Mai 1970).

Monsieur BRE ... personnalité paranoïaque, rigide rationnalisatrice, accepte la prise en charge avec beaucoup de méfiance. Il vient très régulièrement pendant 2 mois (Mai-Juin 1970),
- soit en séance de groupe qu'il semble particulièrement apprécier,
- soit en entretien individuel.

Il nous dépeint sa femme comme étant "très difficile", "très nerveuse", "ne supportant rien et ne sachant que téléphoner aux flics pour le faire embarquer".

Nous lui demandons de venir, accompagné de sa femme.

Nous voyons Madame BRE.. une fois, à une séance de groupe. Elle se montre, en effet, très excitée, très agressive et profondément rejetante.

.../...

.../...

Nous laissons Monsieur BRE... à la fin-juin, beaucoup plus confiant, beaucoup plus détendu, les excés éthyliques durant toute cette période se sont modérés. Il nous exprime sa volonté de reprendre ses séances en Septembre.

En septembre, nous apprenons que Monsieur BRE... est à nouveau hospitalisé.

Depuis, les hospitalisations se succèdent, demandées par Madame BRE..., ne nous laissant pas le temps d'intervenir. Une intervention de notre part auprès de Madame BRE.. demandée par le médecin assistant du service où se trouve Monsieur BRE... échoue. Madame BRE.. paraissant avoir trouvé là, un moyen commode de résoudre ses problèmes.

D) Nous présenterons maintenant, très rapidement, le reste de nos observations, plus banales, moins riches d'enseignement que les précédentes.

Nous ne discuterons pas les observations des malades que nous n'avons vus qu'une fois et où ne se dégage aucun trait dominant (4 cas).

Nous passons les deux cas de malades qui ne répondirent jamais.

* Pour les observations restantes, citons :

<u>OBSERVATION DE Monsieur TOU ... Ali</u> - 47 ans.

. Algérien, le seul célibataire de nos malades.
. isolé socialement,
. éthylisme occupationnel de longue date,
. déclare "qu'il n'a aucune envie de changer quoique ce soit à sa vie, qu'il a toujours bu". Accepte sa situation avec beaucoup de fatalisme.
. nous le verrons deux fois.

.../...

.../....

OBSERVATION DE Monsieur CHE... Ahmed - 37 ans :

- Algérien,
- ex-coiffeur,
- vit en concubinage avec une Algérienne - 1 enfant,
- signalé par la Préfecture de Police en 1968 pour ivresse excitomotrice,
- un sejour à l'Hôpital psychiatrique,
- sujet fruste, minimisateur, nie ses excés éthyliques "qui n'existeraient, d'après lui, que dans l'imagination de sa femme" qu'il décrit comme "une grande nerveuse". C'est d'ailleurs, elle qui l'a fait hospitaliser.

Bien qu'en l'absence de motivation, il accepte la thérapie de groupe proposée, "sans doute pour être en règle, pour montrer sa bonne volonté", par crainte de retourner à l'hôpital dont il conserve un souvenir très angoissant. Il vient, en effet, assez régulièrement durant plusieurs mois et demeure très passif.

La prise en charge s'interrompt par un changement de domicile.

OBSERVATION DE Monsieur LOM... Claude - 36 ans :

- manutentionnaire,
- marié - 2 enfants,
- éthylisme de longue date. Plusieurs séjours en hôpital psychiatrique,
- se présente comme un homme ayant bien vécu, habitué "des javas", et qui, approchant de la maturité, décide "de se ranger".
- désireux de reprendre sa place au foyer, de "réparer ses erreurs de jeunesse" et de reconquérir sa jeune femme dont l'attitude indifférente commence à l'inquiéter,
- nous le voyons seul, puis avec sa femme durant plusieurs semaines.

Durant toute cette période, le climat familial semble évoluer favorablement. Monsieur LOM... demeure sobre.

.../...

.../...

Ils ont cessé de venir et aucun signalement ne nous est parvenu.

OBSERVATION DE Monsieur PIE... Rogern- 39 ans :

- Emplois variés et temporaires,
- marié - 3 enfants,
- éthylisme émaillé d'épisodes psychotiques,
- plusieurs séjours en hôpital psychiatrique,
- nous voyons Monsieur PIE.. et sa jeune femme, d'abord en thérapie de groupe, puis en couple, mais la nature des troubles présentés par Monsieur PIE... (idées délirantes de persécution, de jalousie), son absence de contact se révèlent être rapidement une contre indication à ce mode de prise en charge.

Quant à Madame PIE.. " ses visites au Dispensaire, dit-elle naïvement, sont les seules sorties qu'elle a l'occasion de faire avec son mari !".

Nous avons appris la réhospitalisation de Monsieur PIE ..

OBSERVATION DE MONSIEUR IN .. Manuel, 48 ans :

- espagnol,
- travaille aux abattoirs de la Villette,
- marié - 2 enfants,
- éthylisme chronique ayant entrainé plusieurs séjours en hôpital psychiatrique,

Monsieur IN... nous est adressé avec sa femme pour une thérapie de groupe. Il existe en effet, de gros conflits conjugaux.

Monsieur IN.. , personnage falot, étriqué, parle peu et s'exprime mal en français.

Madame IN.. , imposante, volubile, autoritaire et dominatrice a épousé spn mari "parce qu'il était docile".

/

.../...

Ils acceptent la prise en charge, bien que Madame IN... soit réticente. " C'est mon mari le malade".

Ils viendront encore 2 semaines. Durant cette période, Monsieur IN.. demeure abstinent. Madame IN ... est satisfaite et juge sans doute que ce n'est pas la peine de continuer.

Ils ne répondent pas aux convocations.

D) - QUE PEUT-ON CONCLURE DE CES OBSERVATIONS ET EN PARTICULIER AU ROLE JOUE PAR LA CONJOINTE ?

Il se dégage une attitude bien particulière et sensiblement commune aux épouses de ce type d'alcoolique.

Il semble bien que, loin de vouloir procéder à un changement de la situation, elles paraissent, au contraire, s'attacher au statu quo en dépit de leurs protestations. Ce qui pourrait représenter le principe d'économie au niveau des relations du couple malgré l'aspect vicié du mode des échanges, chacun tirant des satisfactions l'un par rapport à l'autre.

-=-=-=-=-

CONCLUSIONS GENERALES ET ENSEIGNEMENT TIRE DE CETTE EXPERIENCE

Le Dispensaire OPHS d'Aubervilliers qui a été le lieu de cette expérience, a représenté pour nous, qui formions une équipe nouvelle, un terrain favorable à des essais de prise en charge différents de ce que nous avions vécu au sein de nombreuses post-cures.

Sous l'impulsion du Docteur EME, médecin du Centre, nous avons essayé de rompre avec ce système de consultations à la chaîne où chaque médecin (seul thérapeute du moment) se trouvait isolé dans le lieu et dans le temps. Il était difficile en effet d'envisager un travail de jonction avec l'extérieur quand l'intérieur était déjà compartimenté.

Progressivement se sont joints à l'équipe, composée au départ de deux médecins, de l'assistante sociale et de la secrétaire, deux autres médecins, deux psychologues, une relaxatrice, deux ergothérapeutes qui ont mis sur pied un atelier qui fonctionne quotidiennement.

Par ailleurs, un accueil d'un ou de plusieurs membres de l'équipe assure une permanence continue. Des réunions de synthèse hebdomadaires et mensuelles renforçaient cette collaboration.

En outre, de nombreux contacts furent pris avec les autres services, d'hygiène mentale, les médecins généralistes, la municipalité, les assistantes sociales du secteur? Nous avons eu avec le commissariat des relations faciles, qui ont bien souvent évité des placements d'office systématiques.

La coordination avec les trois équipes "enfants" qui fonctionnaient sur le même mode a permis d'envisager des prises en charge familiales au point d'aplanir la frontière entre les deux domaines adulte et enfant, d'autant plus que certains thérapeutes avaient des fonctions dans les deux équipes.

Enfin nous avons progressivement développé, malgrè la précarité des moyens dont nous disposions, la prise en charge

à domicile, par un ou plusieurs membres de l'équipe, réalisant par moments une véritable hospitalisation à domicile.

Par contre, le seul point négatif fut la coordination avec l'hôpital qui, à cette époque, était géographiquement situé à l'opposé du Centre, et dont le contact était réduit au simple signalement sous forme de certificat de sortie.

En ce qui concerne notre expérience, nous sommes partis de cette réalité que deux signalements sur cinq étaient des alcooliques adressés soit par l'hôpital, soit par la Commission des Alcooliques Dangeureux, soit par l'environnement par l'intermédiaire de la Police, rarement sur une demande personnelle. Il s'agissait de malades alcooliques présentant des troubles du caractère et du comportement, des difficultés d'insertion ou de réinsertion socio-professionnelle, soit isolés sur le plan social (1 cas), soit, dans la plupart des cas, en proie à des conflits familiaux graves ou, plus précisément, se débattant dans une situation conjugale souvent inextricable, pour ne pas parler, pour certains, de véritables couples pathologiques.

Devant cette demande importante et poussée par notre désir d'agir, nous avons envisagé de former des groupes d'alcooliques avec leur femme, expérience qui nous semblait originale.

Pour résumer notre travail, nous avons parlé des modalités de la prise en charge avec la participation de la conjointe, l'organisation de cette prise en charge avec le déroulement des séances, l'évolution du groupe vers la dissociation en en analysant les raisons. Dans un deuxième chapitre, nous avons détaillé les 22 différents cas cliniques et leur évolution propre dans le groupe pour finalement en tirer un enseignement.

Dans les modalités de la prise en charge, la participation de la femme de l'alcoolique nous a paru être un point essentiel. Son importance est une notion récente qui remonte

aux première observations d'assistantes sociales américaines en 1936, reprises dans l'étude historique de DAISY de SAUGY, l'absence de collaboration de la femme de l'alcoolique avait déjà été évoquée par LEGRAIN et MARIE en 1920. Depuis, différents types de structures ont été décrits : la femme martyre masochiste, la femme autoritaire qui cherche un mari à dominer, la femme maternelle qui oscille entre l'amour et le rejet, la femme moralisatrice et punisseuse. Nous avons, pour notre part, mentionné cinq autres types : la femme exemplaire, la femme indécise, la femme opportuniste, la femme complice et la femme qui rompt.

Par ailleurs notre expérience antérieure nous avait montré qu'appréhender le malade isolèment amenait dans la majeure partie des cas à un échec, ceci d'autant plus que sur les 22 malades qui nous furent confiés, 21 avaient un foyer avec femme et enfants, et, presque dans tous les cas, nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, il existait des conflits souvent graves.

En outre, dans le cas de l'alcoolisme du mari, la femme se trouvait concernée de façon privilégiée, plus que dans n'importe quelle autre maladie mentale, ayant eu, elle et ses enfants, à en subir les conséquences de façon bien souvent catastrophique.

En tous cas, le service social nous avait signalé la fréquence des démarches, le plus souvent en dehors de leur mari, de ses épouses, le plus souvent sous forme de doléances, particulièrement au nom des enfants. Mais comme nous devions le voir par la suite, cette participation fut instable, voire absente.

Sous quelle forme avons-nous essayé d'assurer la prise en charge ? Contrairement à certaines expériences, soit de groupes unisexués, soit de groupes séparés d'alcooliques et de leurs conjointes (GLIEDMANN et ses collaborateurs en 1956),

soit de groupes mixtes d'alcooliques, soit même par des groupes d'enfants de parents alcooliques (Alcooliques Anonymes), nous avons tenté des groupes de couples où le mari était éthylique.

Le groupe se réunissait une fois par semaine, le soir, mais sa durée était non-limitative, ce qui nous a posé question par la suite.

Le nombre des participants fut au départ limité à 8, composé idéalement de couples malade-conjointe, plus le couple de thérapeutes.

Les séances se déroulaient sous forme de discussions libres. Les thèmes les plus fréquemment abordés furent d'une part des considérations générales sur l'intoxication éthylique elle-même, l'Espéral, l'hérédité de l'alcoolisme, surtout la cure de désintoxication à l'hopital psychiatrique, toujours mal vécue, d'autre part, les réactions d'angoisse provoquées chez les conjointes par le retour du mari ivre aboutissant au fameux "coup de téléphone à la police".

Notre attitude , qu'au départ nous pensions non- directive, nous a paru l'être car nous écartions certains sujets.

Par ailleurs , nos malades continuèrent à être suivis par le médecin consultant, d'une façon plus ou moins espacée selon les cas, médecin consultant qui les avait reçus lors de leur premier contact avec le Dispensaire et qui souvent avait été le premier à leur proposer une prise en charge régulière.

L'aide médicamenteuse fut souvent indispensable,
- dans les périodes "de crise" avec rechute imminente,
- dans les cas de sevrage.

Nous eûmes également de nombreux contacts avec le service social auquel nous avions recours pour des problèmes de reprise du travail, de chômage...

Malheureusement le groupe évolue rapidement vers une dissociation, de par la difficulté même de sa constitution,

d'une part, peur du groupe et refus d'emblée (cas de Monsieur GUI, 47 ans, dépressif et hypochondriaque qui s'isolait déjà chez lui), ou acceptation très réticente (cas de Monsieur TOU.. Ali, 47 ans, qui retrouve dans le groupe ses difficultés de contact et cas de Monsieur BUD... Alexandre, 44 ans, employé à la R.A.T.P. et qui craignait que cela ne se sache à son emploi.

- De par la quasi-impossibilité de constituer un noyau stable du groupe à cause de la défection plus ou moins rapide des réticents au départ, ou bien de l'absentéisme inévitable, même de la part de ceux qui avaient accepté le groupe et dont les motivations semblaient réelles, ou bien encore, à cause d'obligations professionnelles ou familiales. L'horaire tardif, s'il convenait pour les hommes, était évidemment beaucoup plus génant pour leurs épouses (cas de Monsieur CHE ... Ahmed, 37 ans, qui travaillait en équipe du soir une semaine sur deux).

Nous avons, de ce fait, été obligés d'abandonner ce mode de prise en charge pour des raisons personnelles que nous avons discutées par ailleurs, et pour des raisons venues des malades eux-mêmes, par exemple : réactions de frustation des malades devant ce groupe toujours incomplet, réactions d'agressivité masquant une anxiété intense.

Mais, malgré la désagrégation du groupe, le contact était maintenu, soit en entretiens individuels avec le malade, soit en thérapie de couple.

Nous avons abordé ensuite une analyse des différents cas.

Sur 22 malades qui nous furent proposés en l'espace d'un an, nous fumes en rapport avec les conjointes de 17 d'entre eux. Pour les 5 autres, un était célibataire, les quatre autres refusèrent ce mode de prise en charge.

.../...

.../...

Selon l'origine de leur signalement, certains étaient d'anciens malades multi-récidivistes, ayant effectué plusieurs séjours en hôpital psychiatrique, alors que les autres en étaient à leur premier contact avec le Dispensaire, 9 cas à la sortie de l'hôpital, 5 cas signalés par la conjointe, 2 cas adressés par le médecin traitant, 2 cas par la Préfecture de Police, 1 cas par les Alcooliques Dangereux, 1 cas venu de lui-même. Parmi eux, certains ne se sont jamais présentés (2 cas). 8 se sont présentés au premier entretien et en sont resté là, 4 se sont présentés au premier entretien, ont commencé le traitement, mais l'ont interrompu très rapidement (moins d'un mois); pour 6 cas, la prise en charge s'est déroulée sur une durée de plusieurs semaines à plusieurs mois, pour 2 cas, la prise en charge a commencée il y a un an et se poursuit, pour un cas parmi ces deux, la prise en charge a été régulière, pour l'autre, elle est irrégulière avec des périodes plus ou moins longues d'interruption, mais le contact est toujours gardé avec le malade ou avec sa conjointe.

Nous avons ensuite essayé d'étudier l'existence d'interrelations entre l'échec ou le semi-échec de la prise en charge, sa réussite ou du moins sa continuité, avec l'origine du signalement, mais surtout avec la manière dont fut exprimée la demande d'aide et le rôle joué par la conjointe.

- Dans les cas qui nous paraissaient d'un bon pronostic au départ :

. Observation de Monsieur LEB ... - 38 ans,
. Observation de Monsieur JAN .. Michel - 29 ans,
. Observation de Monsieur BEC ... - 43 ans.

Dans ces trois cas, il existait une motivation certaine de la part de l'interessé.

Le contexte socio-professionnel et familial n'était pas encore détérioré.

..../...

.../...

Il semblait bien, de surcroit, que la collaboration des conjointes nous était acquise.

- Dans les cas signalés par la conjointe :

. Observation de Monsieur GAU ... Jacques - 34 ans,
.OObservation de Monsieur RIOU ... - 36 ans,
. Observation de Monsieur BOU ... - 40 ans,
. Observation de Monsieur LEM ... - 32 ans,
. Observation de Monsieur TOU ... - 36 ans.

Dans ces 5 observations, la demande d'aide ne provient pas directement de l'intéressé, mais elle est réclamée de manière impérative par la conjointe et dans un sens bien précis.

Elle nous "apporte son mari", à nous de nous en débrouiller, voire en l'hospitalisant. Quant à elle :

- ou bien elle "quitte la scène" et disparait "dans les coulisses", considérant que son rôle est terminé. L'effort qu'on lui demande de faire ne se justifiant pas, à ses yeux.

- ou bien, elle est toute disposée à participer, mais surtout en restant à distance,
. soit par peur de s'engager dans une remise en question personnelle (c'est sans doute le cas de Madame LEM ...),
. soit, trop rigide ou trop frustre et sûre de son bon droit elle nie toute implication possible de sa part dans les difficultés de son mari et les conflits qui l'opposent à lui (cas de Madame RI ...).

Il est évident que la prise en charge de tels malades si peu motivés et de leur conjointe ne peut être nouée bien longtemps, ce que l'expérience a prouvé.

Une exception pour le couple R. avec qui nous sommes toujours restés en contact par l'intermédiaire de Madame R. qui a pu accéder

.../...

.../...

très progressivement à une psychothérapie personnelle.

L'observation de Monsieur BUD .. Alexandre nous a semblé illustrer parfaitement la toute-puissance de l'éthylisme. Madame BUD... a trouvé dans l'ESPERAL une fin et un moyen au niveau duquel le couple a établi un certain équilibre, auquel nous n'avons pas touché. Monsieur BUD ... vient régulièrement faire renouveler son ordonnance.

Nous avons ensuite étudié un autre type de relation malade-conjointe. Il s'agissait de sujets motivés pour entreprendre et assurer un traitement de longue durée.

Certes, ils ne sont pas venus spontanément d'eux-mêmes, ce sont en général des malades anciens bien installés dans leur maladie, dans leur statut d'alcoolique chronique.

Mais, c'est sans aucun doute la première fois que "on leur propose de s'occuper vraiment d'eux", qu'ils ne se trouvent pas devant une mise en accusation, qu'ils trouvent chez autrui, non pas la répression, mais la bienveillance, que non seulement on leur permet mais on leur demande de s'exprimer librement.

En somme, ils "saissisent la perche qu'on leur tend" et expriment le désir de "s'en sortir". Quant aux conjointes, elles sont beaucoup plus discrètes que les précèdentes, sceptiques et blasées ; elles n'hésitent pas néanmoins à nous assurer de leur collaboration malgré leurs occupations familiales et professionnelles.

Effectivement, "elles viennent", mais au fur et à mesure de l'évolution du traitement, l'ambivalence de leur comportement, voire leur hostilité, s'avère finalement être un obstacle.

...K...

.../...

Observation de Monsieur FON ... Jean - 47 ans - alcoolique chronique détérioré, sans insertion socio-professionnelle depuis plusieurs années. Il accepte la thérapie de groupe avec sa femme. Celle-ci se présente comme le type parfait de la "bonne épouse". Il accède peu à peu à une autonomie familiale, reprend son travail et s'arrête de boire au détriment de Madame FON ... qui décompense une anxiété massive.

Dans l'observation de Monsieur BRE ... - 38 ans - éthylique chronique, évolution favorable malgré la méfiance de départ, mais interruption de la cure par la femme à la suite de la seule séance à laquelle elle ait assistée et qu'elle a très mal vécue.

Les cinq autres et dermières observations, moins riches d'enseignements que les précèdentes : celle de Monsieur TOU ... - 47 ans- célibataire, qui ne voulait rien changer à son mode de vie ; celle de Monsieur CHE .... - 37 ans - dont la passivité ne résistait pas à un changement de domicile (malgré la régularité du départ) ; celle de Monsieur LEM .. - 36 ans - décidé à se ranger, qui après être venu régulièrement aux séances avec sa femme, a cessé de venir tout en restant sobre ; celle de Monsieur PIC ... - 39 ans - éthylisme émaillé d'épisodes psychotiques, pour qui les séances au Dispensaire représentaient surtout des sorties pour sa femme. A été réhospitalisé ; observation de Monsieur IN ... - 48 ans - qui accepte la prise en charge avec sa femme volubile et réticente. Reste abstinent pendant les quinze jours de ses séances, puis il ne répond plus aux convocations.

Nous pouvons en conclure qu'il se dégage une attitude bien particulière et sensiblement commune aux épouses de ce type d'alcoolique.

Il semble bien que, loin de vouloir procéder à un changement de la situation, elles paraissent au contraire, s'attacher au statu-

..../...

.../...

quo en dépit de leurs protestations. Ce qui pourrait représenter le principe d'économie nouveau au niveau du couple, de ses relations : malgré l'aspect vicié du mode des échanges, chacun tirant des satisfactions l'un par rapport à l'autre.

Quel enseignement pouvons-nous tirer de cette expérience ?

La première constatation, qui nous paraît évidente, est l'échec de ce type de groupe. Nous allons essayer d'analyser, à travers les modalités de la prise en charge, l'organisation et le malaise des thérapeutes du groupe, les raisons de ce constat.

Nous voyons d'emblée au cours des péripéties qui amènent l'alcoolique jusqu'au groupe à quel point il se sent peu concerné, et ce à tous les niveaux.

Considérons d'abord les motifs du signalement qui nous sont très souvent imposés et fréquemment dans le drame :

- Sortie de l'hôpital subordonnée à une prise en charge régulière au dispensaire, avec en cas de rechute la menace pour certains d'un séjour à HENRI COLLINS.

- Signalement de la Préfecture de Police aboutissant automatiquement à la convocation.

- Signalement par les Alcooliques Dangereux où "la bonne conduite" cautionnée par la visite régulière au Dispensaire, entérinée par une Commission permet la réhabilitation (problème de la prison avec sursis, de retrait de permis de conduire, qui ne sont pas sans conséquences sur la vie professionnelle et les reclassements).

- Signalement par l'environnement familial ou social, soit par la femme, soit par l'intermédiaire d'assistante sociale qui aboutit là aussi à la Convocation.

Ces signalements variés et impératifs sont certainement une cause prépondérante à la forte proportion d'alcooliques que nous avions à prendre en charge.

Cette demande spécifique et importante recontrant une équipe jeune et se voulant dynamique peut expliquer la tendance, d'emblée,

à regrouper les alcooliques ensemble sous le symptôme Alcool et à y intégrer les conjointes, convaincus de leur "nocivité".

Mais c'est bien là toute l'ambiguité de leur situation qui nous apparaît maintenant comme une des causes principales de l'échec du groupe. En effet, d'un côté nous les jugions aussi, plus malades que leur mari, de l'autre la conjointe se vivait normale parmi des malades et dans un groupe thérapeutique. Autre ambiguité, celle de se retrouver, de par la constitution même du groupe, en milieu "homosexuel".

Aprés avoir entrevu les difficultés soulevées par les modalités de cette véritable prise en charge, sans demande verbalisée du sujet, certains points ont paru contribuer, dans l'organisation, également à l'insuccès de notre tentative.

Le temps, d'abord. L'horaire du soir, s'il était facile pour certains hommes, l'était certainement moins pour les femmes, en raison du problème social de la garde des enfants. Et sa durée que nous aurions dû limiter au départ.

Le lieu a pu être remis en question, nous le verrons ultérieurement.

Ces difficultés matérielles ont renforcé les résistances aboutissant à l'absentéisme qui a remis en cause l'existence même du groupe en tant que tel. De ce fait, il n'a pu fonctionner que de manière épisodique, et si instable dans sa composition sans cesse renouvelée, qu'il ne pouvait exister de réelle dynamique de groupe.

L'attitude des thérapeute enfin, qui ne fut pas réellement non-directive. Cette attitude, peut-être due au malaise de la position dans laquelle nous nous sommes trouvés : notre désir d'être "efficaces" renforcé par les multiples pressions de l'intérieur comme de l'extérieur, nous a trés vite fait sortir de notre neutralité. Historiquement, les premiers couples étaient adressés par le médecin traitant qui continuait à les suivre sur le plan médicament et ser-

vait de lien dans les relations externes. Par la suite, nous recevions directement les nouveaux cas présentés en réunion de synthèse et qui nous semblaient convenir à ce type de thérapie. Très vite, nous n'avons pu résister aux demandes d'intervention itératives de l'extérieur et nous en sommes venus à les adresser à un médecin consultant par convocation ou dans les cas urgents à faire nous-mêmes les visites à domicile. Ces acting-out reposaient la question du dedans et du dehors et celle de notre vécu répressif.

Malgré ce long constat d'échec, il nous apparaît maintenant que cette proposition de thérapie de groupe, de couples surtout, quand la femme en a accepté l'idée, qu'elle y participe ou non, a permis à certains de sortir de l'aliénation.

Ainsi, sans parler de solution-miracle dont on connaît la difficulté dans le domaine de l'éthylisme, nous pensons que cette forme de thérapie (aprés avoir essayé d'en écarter au maximun les inconvénients analysés ci-dessus), reste valable dans le contexte de la prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

BENSOUSSAN P. et VILLIAUMEY E. -M. (Mme) -Le mouvement "alcooliques anonymes", structure et dynamique, essai d'adaptation aux malades en cure de désintoxication. - Ann. méd. -psychol., février 1956, 114, n° 2, 280 -288.

BRETTON G., BRETTON R. et REVOL H. -Quatre ans de lutte anti-alcoolique à Clairvivre. - Inform. psychiat., av., 1968, 44, n° 4, 361-375.

CARRERE J. et SEGUIER R. (Mme) - Intérêt de la dynamisation des psychothérapies de groupe de buveurs par la participation de alcooliques anonymes et de leur épouse. - Ann. méd. -psychol., juin 1965, 123, n° 1, 87-92.

CASSELMAN J. et SOLMS H. - Le milieu familial de l'alcoolique -Inform. psychiat., jan. 1971, 47, n° 1, 39-47 (Bibliogr.)

CAUQUIL G. - Le couple des alcooliques et la psychologie de la conjointe. - Foulon, édit., Paris 1960, 94 pages -Bibliograph.)

GENTIS R. - Sur l'idéologie et les institutions propres à assécher les buveurs. - Inform. psychiat., mars 1971, 47, n° 3, 261-264.
- les alcooliques

SAUGY D. (de) - L'alcoolique et sa femme. Etude psycho- sociale et statistique sur les conditions de leur développement individuel et de leur vie en commun. - Hygiène mentale, mai-juin 1962; 51, n° 3, 81-128, 13 tabl. (à suivre)

- L'alcoolique et sa femme (fin). Etude psycho-sociale et statistiques sur les conditions de leur développement individuel et de leur vie en commun. - Hygiène Mentale, juillet-août 1962, 51, n° 4, 145-201, 29 tabl. (Bibliograph. important).

TURPIN J. et BADICHE A. - Place de l'autorité dans la psychothérapie des alcooliques. A propos d'une consultation spécialisée dans une grande entreprise. - Ann. méd. -psychol., sept.-oct. 1972, 2, n° 3, 389-397.

Vu et Permis d'imprimer,
Le recteur de l'Académie de PARIS

R. MALLET

Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine

M. RAPIN

Vu, le Président de Thèse

A. BOURGUIGNON